

GESTIONE ASSISTENZIALE POST ABLAZIONE



Manuela Cazzulo
SC Cardiologia
Ospedale Cardinal Massaia
Asti

FIBRILLAZIONE ATRIALE

**Tachiaritmia sopraventricolare
caratterizzata
da un'attività elettrica atriale caotica e
irregolare che determina la perdita
della funzione
meccanica della contrazione atriale**

La diagnosi di FA è elettrocardiografica



I due elementi fondamentali per la diagnosi di FA sono rappresentati dall'assenza di onde P e dalla irregolarità degli intervalli R-R

Table 3 Cardiovascular morbidity and mortality associated with atrial fibrillation

Event	Association with AF
Death	Increased mortality, especially cardiovascular mortality due to sudden death, heart failure or stroke.
Stroke	20–30% of all strokes are due to AF. A growing number of patients with stroke are diagnosed with 'silent', paroxysmal AF.
Hospitalizations	10–40% of AF patients are hospitalized every year.
Quality of life	Quality of life is impaired in AF patients independent of other cardiovascular conditions.
Left ventricular dysfunction and heart failure	Left ventricular dysfunction is found in 20–30% of all AF patients. AF causes or aggravates LV dysfunction in many AF patients, while others have completely preserved LV function despite long-standing AF.
Cognitive decline and vascular dementia	Cognitive decline and vascular dementia can develop even in anticoagulated AF patients. Brain white matter lesions are more common in AF patients than in patients without AF.

AF = atrial fibrillation; LV = left ventricular.

European Heart Journal Advance Access published August 27, 2016

Table 5 Patterns of atrial fibrillation

AF pattern	Definition
First diagnosed AF	AF that has not been diagnosed before, irrespective of the duration of the arrhythmia or the presence and severity of AF-related symptoms.
Paroxysmal AF	Self-terminating, in most cases within 48 hours. Some AF paroxysms may continue for up to 7 days. ^a AF episodes that are cardioverted within 7 days should be considered paroxysmal. ^a
Persistent AF	AF that lasts longer than 7 days, including episodes that are terminated by cardioversion, either with drugs or by direct current cardioversion, after 7 days or more.
Long-standing persistent AF	Continuous AF lasting for ≥ 1 year when it is decided to adopt a rhythm control strategy.
Permanent AF	AF that is accepted by the patient (and physician). Hence, rhythm control interventions are, by definition, not pursued in patients with permanent AF. Should a rhythm control strategy be adopted, the arrhythmia would be re-classified as 'long-standing persistent AF'.

AF = atrial fibrillation.

^aThe distinction between paroxysmal and persistent AF is often not made correctly without access to long-term monitoring.¹⁶³ Hence, this classification alone is often insufficient to select specific therapies. If both persistent and paroxysmal episodes are present, the predominant pattern should guide the classification.

Europea

Table 18 Complications related to catheter ablation of atrial fibrillation

Complication severity	Complication type	Rate ^{727, 748, 750, 754-759}
Life-threatening complications	Periprocedural death	<0.2%
	Oesophageal injury (perforation/fistula) ^a	<0.5%
	Periprocedural stroke (including TIA/air embolism)	<1%
	Cardiac tamponade	1–2%
Severe complications	Pulmonary vein stenosis	<1%
	Persistent phrenic nerve palsy	1–2%
	Vascular complications	2–4%
	Other severe complications	≈1%
Other moderate or minor complications		1–2%
Unknown significance	Asymptomatic cerebral embolism (silent stroke) ^b	5–20%
	Radiation exposure	

TIA = transient ischaemic attack.

^aOesophageal fistula should be suspected in patients presenting with the triad of unspecific signs of infection, chest pain, and stroke or TIA in the first weeks after an ablation procedure. It requires immediate therapy.

^b<10% for cryablation or radiofrequency ablation, >20% for phased radiofrequency ablation.

Europe



FO



Hotel

ggi

Quale preparazione per l'intervento?





SULLE SPONDE DEL TICINO
SULLE SPONDE DEL TICINO
SULLE SPONDE DEL TICINO

HOME PROGRAMMA 2017 ARCHIVIO INFO

11.3.4 Anticoagulation: before, during, and after ablation

Patients anticoagulated with VKAs should continue therapy during ablation (with an INR of 2–3).⁷⁶⁰ Anticoagulation with NOACs is an alternative to warfarin.^{478,761–765} There is no safety signal from observational cohorts treated with uninterrupted NOAC therapy undergoing catheter ablation in experienced centres.^{761,763,766,767}



Modelli organizzativi nella Sanità di oggi

CARDIO FOCUS

PROTOCOLLO sospensione terapia TAO e ANTIAGGREGANTI PIASTRINICI **nelle procedure di ablazione e coronarografia**

Tutte le indicazioni relative alla terapia sono specificate in base alla data dell'intervento e non alla data del ricovero. In caso di dubbio chiedere comunque al medico

Pazienti in terapia con antiaggreganti piastrinici che devono eseguire - SEF ed ablazione di - TPSV - AVNRT - WPW - FLUTTER COMUNE e CORONAROGRAFIA	Continuano la terapia
Pazienti in terapia con TAO che devono eseguire ablazione di: - FA e recidiva di FA - FLUTTER ATIPICO e FLUTTER COMUNE - TAE	Continuano terapia TAO ed eseguono INR 3 – 4giorni prima dell'intervento – se in range compreso tra 2 e 3 continuano TAO – se inferiore a 2 o superiore a 3 : contattano il centro di aritmologia per indicazioni terapeutiche
- Coronarografia/Angioplastica in TAO Pazienti senza terapia TAO o NAO o ASA Pazienti in ASA che devono eseguire - ablazione FA - recidiva di FA	Nei 5 giorni precedenti l'intervento iniziano terapia con eparina frazionata, come schema seguente : • peso inf. a 50 kg Clexane 4000 U x2 • peso tra 50 kg e 80 kg Clexane 6000 U x 2 • peso sup. a 80 kg Clexane 8000 U x 2 oppure seleparina 0,4 – 0,6 – 0,8
Pazienti in terapia con TAO + ANTIAGGREGANTE Pazienti in doppio ANTIAGGREGANTE (esempio : portatori di stent)	Chiedere al medico

PROTOCOLLO sospensione terapia NAO

DABIGATRAN (PRADAXA 1 cpr x 2)

APIXABAN (ELIQUIS 1 cpr x 2)

RIVAROXABAN (XARELTO 1 cpr)

Tutte le indicazioni relative alla terapia sono specificate in base alla data dell'intervento e non a quella di ricovero.

In caso di dubbio chiedere al medico

IMPIANTO / ESPIANTO / SOSTITUZIONE
LOOP RECORDER

Continuare la terapia con NAO

CORONAROGRAFIA/ANGIOPLASTICA

IMPIANTO/SOSTITUZIONE PM e ICD

STUDIO ELETTROFISIOLOGICO

STUDIO ELETTROFISIOLOGICO ed ABLAZIONE

ABLAZIONE VVPP

RECIDIVA post ABLAZIONE VVPP

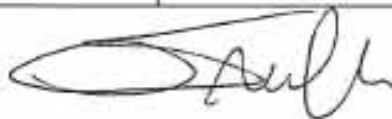
SOSPENDERE 3 giorni prima dell'intervento e sostituire con
eparina frazionata in base al peso corporeo

- Peso inf. a 50 kg Clexane 4000 U x2 (selparina 0,4)
- peso tra 50 kg e 80 kg Clexane 6000 x 2 (selparina 0,6)
- peso sup. a 80 kg Clexane 8000 x 2 (selparina 0,8)

oppure seleparina 0,4 - 0,6 - 0,8

da iniziare quando la dose NAO doveva essere assunta

15/5/15



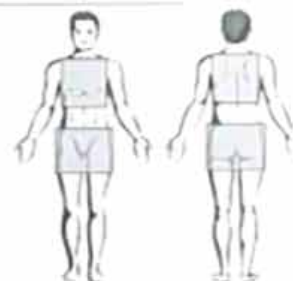
ASL AT
Azienda Sanitaria Locale di Asti
SOC CARDIOLOGIA
Direttore Prof. Dott. M. Scaglione

Preparazione all'ablazione

Al Sig. _____
il suo ricovero presso l'OSPEDALE CARDINAL MASSAIA nel reparto di CARDIOLOGIA è
previsto per il _____ alle ore _____

COSA PORTARE IN OSPEDALE

- Tessera sanitaria
- Documentazione cardiologica
- Farmaci assunti a domicilio
- **Non serve l'impegnativa del medico curante**



PREPARAZIONE ALL'INTERVENTO

- Presentarsi al momento del ricovero senza monili (orologio, orecchini, anelli, collane, ...)
- Eseguire la depilazione con rasoio elettrico come da schema riportato sopra, ponendo particolare attenzione a non creare lesioni alla cute.

E' possibile utilizzare la crema depilatoria per pelli sensibili facendo prima un test su una piccola zona per verificare l'assenza di allergie

- Eseguire una doccia o bagno con sapone neutro la sera precedente o il mattino; presentarsi con i capelli puliti
- La mattina dell'intervento eseguire igiene orale, presentarsi senza trucco, smalto sulle unghie e rimuovere eventuali protesi dentari

TERAPIA ANTICOAGULANTE

- se in terapia con **COUMADIN** o **SINTROM**: continuare la terapia ed eseguire esame INR la settimana prima dell'intervento.

Se INR non è in range chiamare al numero riportato sotto

- se in terapia con **PRADAXA-XARELTO-ELIQUIS** **sospendere 3 giorni** prima della data di intervento e sostituire con **CLEXANE** oppure **SELEPARINA** 1 fiala x 2 volte al giorno fino al giorno del ricovero (dosaggio in base al peso corporeo)
 - se il peso è inferiore a 50 kg, somministrare Enoxaparina (es. clexane 4000) 1 fiala al mattino e 1 fiala alla sera
 - se il peso è compreso tra 50-80 kg, somministrare Enoxaparina (es. clexane 6000) 1 fiala al mattino e 1 fiala alla sera
 - se il peso è superiore a 80 kg, somministrare Enoxaparina (es. clexane 8000) 1 fiala al mattino e 1 fiala alla sera

PER INFORMAZIONI

0141-486101 sala interventistica di cardiologia (dalle 9 alle 13)

GRAZIE PER LA COLLABORAZIONE

RAMMA 2017 ARCHIVIO INFO

lugno 2017 - Regina Palace Hotel

Sanità di oggi

CUS

TERAPIA ANTICOAGULANTE

- se in terapia con **COUMADIN** o **SINTROM**: continuare la terapia ed eseguire esame INR la settimana prima dell'intervento.

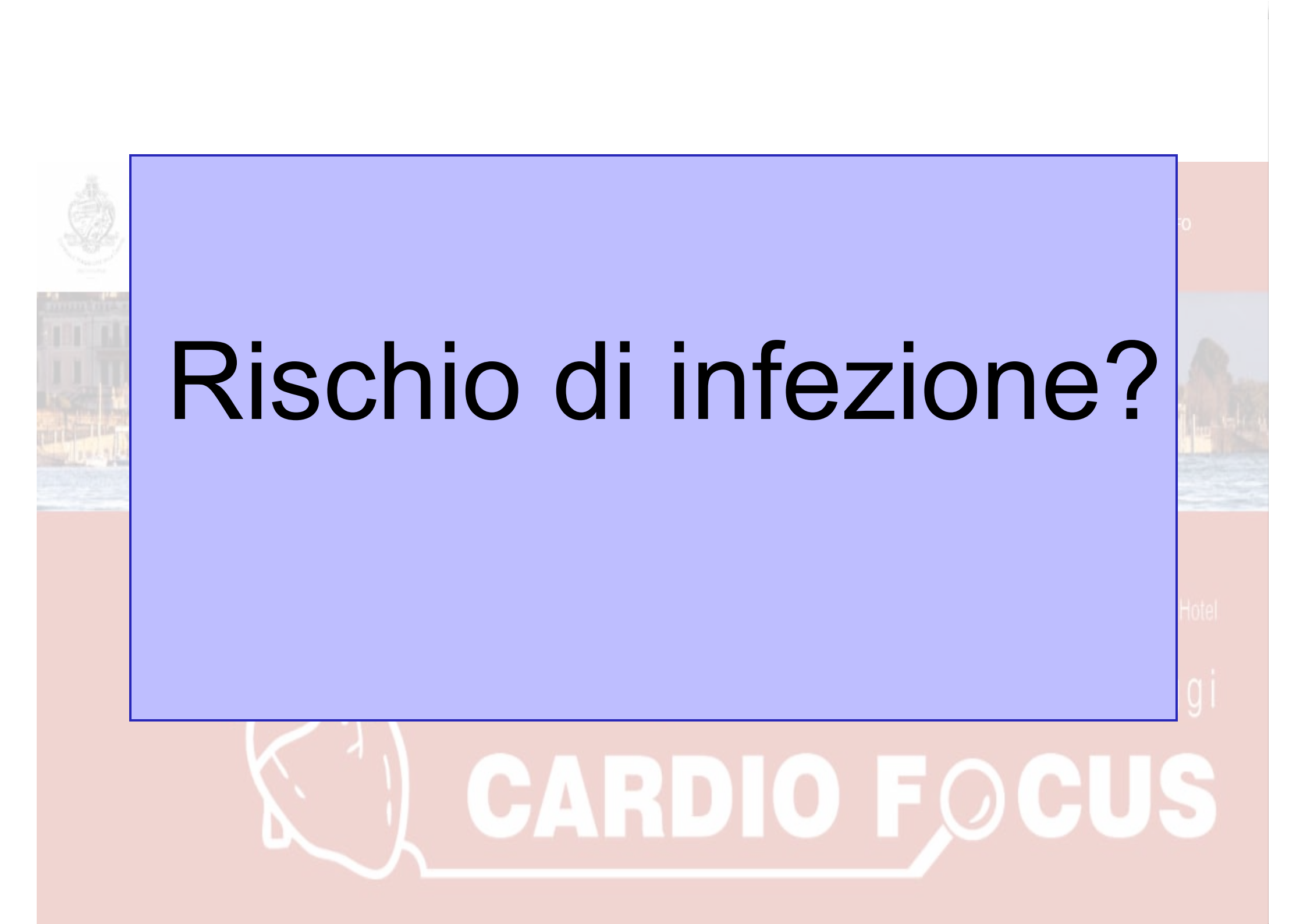
Se INR non è in range chiamare al numero riportato sotto

- se in terapia con **PRADAXA-XARELTO-ELIQUIS** **sospendere 3 giorni** prima della data di intervento e sostituire con CLEXANE oppure SELEPARINA 1 fiale x 2 volte al giorno fino al giorno del ricovero (dosaggio in base al peso corporeo)
 - se il peso è inferiore a 50 kg, somministrare Enoxaparina (es. clexane 4000) 1 fiala al mattino e 1 fiala alla sera
 - se il peso è compreso tra 50–80 kg, somministrare Enoxaparina (es.clexane 6000) 1 fiala al mattino e 1 fiala alla sera
 - se il peso è superiore a 80 kg, somministrare Enoxaparina (es clexane 8000) 1 fiala al mattino e 1 fiala alla sera

PER INFORMAZIONI

0141-486101 sala interventistica di cardiologia (dalle 9 alle 13)

GRAZIE PER LA COLLABORAZIONE



Rischio di infezione?



CARDIO FOCUS

Il mattino dell'intervento il paziente viene invitato ad eseguire la doccia preoperatoria

üEsigere che i pazienti facciano una doccia con agente antisettico almeno la notte prima dell'intervento. (IB)

üPulire e lavare a fondo la regione dell'intervento e quella circostante per rimuovere le grosse particelle contaminanti, prima di eseguire la preparazione con antisettico. (IB)

üUtilizzare un antisettico appropriato per la preparazione della cute (IB)

üLa doccia o il bagno preoperatorio sono fortemente consigliati. Un sapone neutro o con antimicrobico possono essere usati per questo scopo.

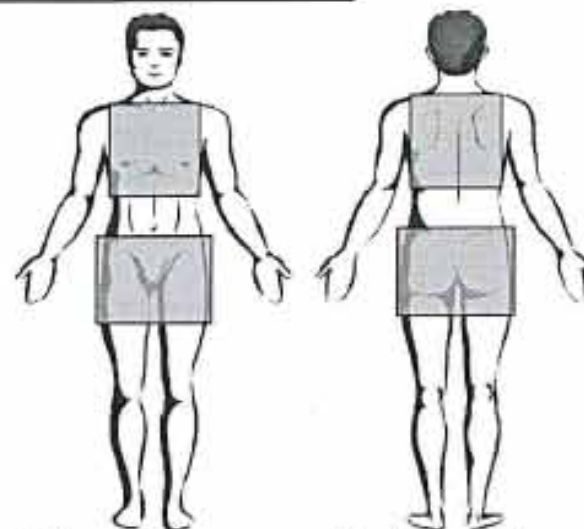
***“Linee guida globali per la prevenzione delle infezioni del sito chirurgico”
<http://www.quotidiano sanità.it>***

Preparazione all'ablazione

Al Sig _____
il suo ricovero presso l'OSPEDALE CARDINAL MASSAIA nel reparto di CARDIOLOGIA è
previsto per il _____ alle ore _____

COSA PORTARE IN OSPEDALE

- Tessera sanitaria
- Documentazione cardiologica
- Farmaci assunti a domicilio
- Non serve l'impegnativa del medico curante



PREPARAZIONE ALL' INTERVENTO

- Presentarsi al momento del ricovero senza monili (orologio, orecchini, anelli, collane....)
- Eseguire la depilazione con rasoio elettrico come da schema riportato sopra, ponendo particolare attenzione a non creare lesioni alla cute.

E' possibile utilizzare la crema depilatoria per pelli sensibili facendo prima un test su una piccola zona per verificare l'assenza di allergie

- Eseguire una doccia o bagno con sapone neutro la sera precedente o il mattino; presentarsi con i capelli puliti
- La mattina dell'intervento eseguire igiene orale, presentarsi senza trucco, smalto sulle unghie e rimuovere eventuali protesi dentari

Antisepsi del campo operatorio



SULLE SPONDE DEL TICINO
SULLE SPONDE DEL TICINO
SULLE SPONDE DEL TICINO



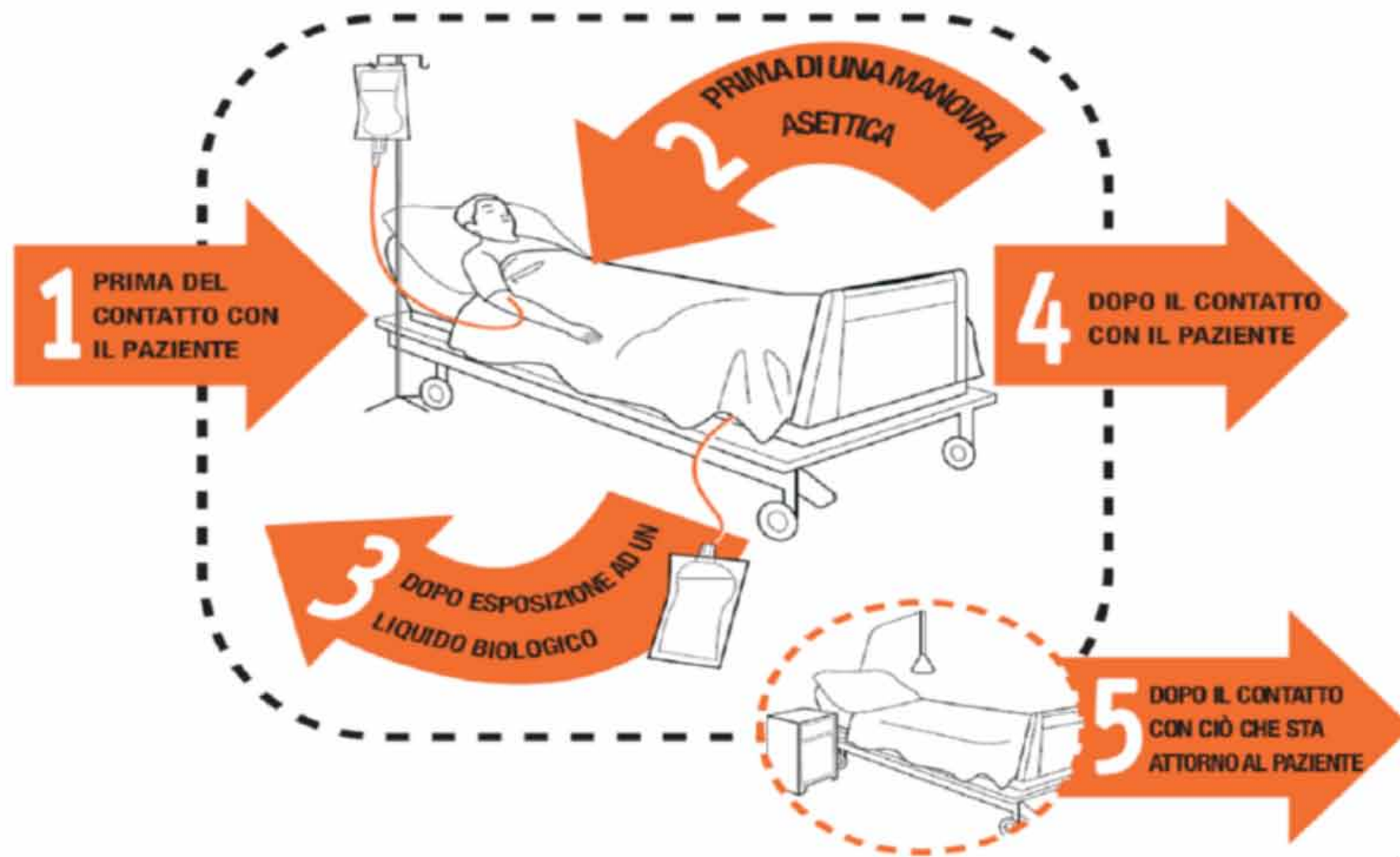
Per ridurre la flora microbica della cute in modo consistente e rapido e inibire la riproduzione dei microrganismi residui.

üPVP jodio povidone al 10% in Sol. acquosa per la disinfezione dell'inguine

üClorexidina alcolica in pennelli monouso per il torace (CLORAPREP con colorante)

Le linee guida globali per la prevenzione delle infezioni del sito chirurgico raccomandano di utilizzare un antisettico a base alcolica con clorexidina

I 5 momenti fondamentali per L'IGIENE DELLE MANI



1

PRIMA DEL CONTATTO CON IL PAZIENTE

QUANDO? Effettua l'igiene delle mani prima di toccare un paziente mentre ti avvicini.

PERCHÈ? Per proteggere il paziente nei confronti di germi patogeni presenti sulle tue mani.

2

PRIMA DI UNA MANOVRA ASETTICA

QUANDO? Effettua l'igiene delle mani immediatamente prima di qualsiasi manovra asettica.

PERCHÈ? Per proteggere il paziente nei confronti di germi patogeni, inclusi quelli appartenenti al paziente stesso.

3

DOPO ESPOSIZIONE AD UN LIQUIDO BIOLOGICO

QUANDO? Effettua l'igiene delle mani immediatamente dopo esposizione ad un liquido biologico (e dopo aver rimosso i guanti).

PERCHÈ? Per proteggere te stesso e l'ambiente sanitario nei confronti di germi patogeni.

4

DOPO IL CONTATTO CON IL PAZIENTE

QUANDO? Effettua l'igiene delle mani dopo aver toccato un paziente o nelle immediate vicinanze del paziente uscendo dalla stanza.

PERCHÈ? Per proteggere te stesso e l'ambiente sanitario nei confronti di germi patogeni.

5

DOPO IL CONTATTO CON CIÒ CHE STA ATTORNO AL PAZIENTE

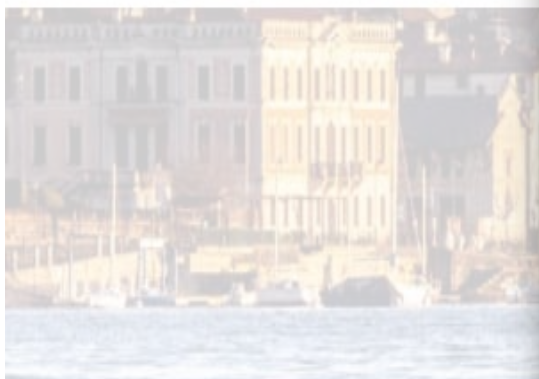
QUANDO? Effettua l'igiene delle mani uscendo dalla stanza dopo aver toccato qualsiasi oggetto o mobile nelle immediate vicinanze di un paziente - anche in assenza di un contatto diretto con il paziente.

PERCHÈ? Per proteggere te stesso e l'ambiente sanitario nei confronti di germi patogeni.

	Monitorare adesione igiene mani	Coordinatore	50 osservazioni igiene mani con scheda OMS + 2 schede unghie/ monili 2 volte anno da parte del Coordinatore Infermieristico; verbale di commento dei dati	100 osservazioni igiene mani + schede unghie/monili e verbale di commento dati	Sintesi dei dati da parte ICI
Cardiologia	Attivazione scheda dimissione infermieristica	Infermieri	- N° schede di dimissione compilate/totale pazienti dimessi: - sottoposti a impianto/sostituzione di device - post-SCA che entrano nel percorso di prevenzione secondaria - afferenti ad altri reparti ospedalieri o Rsa/lungodegenza o in Assistenza domiciliare	70% tutti pazienti dimessi	Report 2 volte anno sulle cartelle dei dimessi di 2 mesi a campione (RAD + Ufficio Qualità)
	Percorso prevenzione secondaria in pazienti S.C.A. (reparto/ambulatorio)	Infermieri	N° pazienti arruolati (ambul. Inferm.)/totale pazienti arruolabili post s.C.A. (giorni feriali)	70% tutti pazienti dimessi	Report annuale da parte RAD + Coordinatore)
	Monitorare adesione igiene mani	Coordinatore	50 osservazioni igiene mani con scheda OMS + 2 schede unghie/ monili 2 volte anno da parte del Coordinatore Infermieristico; verbale di commento dei dati	100 osservazioni igiene mani + schede unghie/monili e verbale di commento dati	Sintesi dei dati da parte ICI



SULLE SPONGE
SULLE SPONGE
SULLE SPONGE



Procedura Aziendale IGIENE DELLE MANI "Salva vite, lavati le mani" PG. 00 DER SAN. 000

REV. 00
Procedura del
11/12/2013
Pagina 1 di 10

ALLEGATO n°15 Scheda di osservazione adozione dell'igiene delle mani



Scheda di osservazione

Azienda		Numero osservazioni		Numero osservazioni	
Struttura		Data osservazione	11/12/2013	Temperatura ambiente	
Dipartimento		Struttura, stanza	11/12/2013	Page 10	
Servizio ospedaliero		Deposito medico			
Città					
Regione					

Profiling Pubblico		Profiling Pubblico		Profiling Pubblico		Profiling Pubblico	
Capo	Indicatore	Capo	Indicatore	Capo	Indicatore	Capo	Indicatore
1	11/12/2013 11/12/2013 11/12/2013 11/12/2013	11/12/2013 11/12/2013 11/12/2013 11/12/2013	11/12/2013 11/12/2013 11/12/2013 11/12/2013	11/12/2013 11/12/2013 11/12/2013 11/12/2013	11/12/2013 11/12/2013 11/12/2013 11/12/2013	11/12/2013 11/12/2013 11/12/2013 11/12/2013	11/12/2013 11/12/2013 11/12/2013 11/12/2013
2	11/12/2013 11/12/2013 11/12/2013 11/12/2013	11/12/2013 11/12/2013 11/12/2013 11/12/2013	11/12/2013 11/12/2013 11/12/2013 11/12/2013	11/12/2013 11/12/2013 11/12/2013 11/12/2013	11/12/2013 11/12/2013 11/12/2013 11/12/2013	11/12/2013 11/12/2013 11/12/2013 11/12/2013	11/12/2013 11/12/2013 11/12/2013 11/12/2013
3	11/12/2013 11/12/2013 11/12/2013 11/12/2013	11/12/2013 11/12/2013 11/12/2013 11/12/2013	11/12/2013 11/12/2013 11/12/2013 11/12/2013	11/12/2013 11/12/2013 11/12/2013 11/12/2013	11/12/2013 11/12/2013 11/12/2013 11/12/2013	11/12/2013 11/12/2013 11/12/2013 11/12/2013	11/12/2013 11/12/2013 11/12/2013 11/12/2013
4	11/12/2013 11/12/2013 11/12/2013 11/12/2013	11/12/2013 11/12/2013 11/12/2013 11/12/2013	11/12/2013 11/12/2013 11/12/2013 11/12/2013	11/12/2013 11/12/2013 11/12/2013 11/12/2013	11/12/2013 11/12/2013 11/12/2013 11/12/2013	11/12/2013 11/12/2013 11/12/2013 11/12/2013	11/12/2013 11/12/2013 11/12/2013 11/12/2013
5	11/12/2013 11/12/2013 11/12/2013 11/12/2013	11/12/2013 11/12/2013 11/12/2013 11/12/2013	11/12/2013 11/12/2013 11/12/2013 11/12/2013	11/12/2013 11/12/2013 11/12/2013 11/12/2013	11/12/2013 11/12/2013 11/12/2013 11/12/2013	11/12/2013 11/12/2013 11/12/2013 11/12/2013	11/12/2013 11/12/2013 11/12/2013 11/12/2013
6	11/12/2013 11/12/2013 11/12/2013 11/12/2013	11/12/2013 11/12/2013 11/12/2013 11/12/2013	11/12/2013 11/12/2013 11/12/2013 11/12/2013	11/12/2013 11/12/2013 11/12/2013 11/12/2013	11/12/2013 11/12/2013 11/12/2013 11/12/2013	11/12/2013 11/12/2013 11/12/2013 11/12/2013	11/12/2013 11/12/2013 11/12/2013 11/12/2013
7	11/12/2013 11/12/2013 11/12/2013 11/12/2013	11/12/2013 11/12/2013 11/12/2013 11/12/2013	11/12/2013 11/12/2013 11/12/2013 11/12/2013	11/12/2013 11/12/2013 11/12/2013 11/12/2013	11/12/2013 11/12/2013 11/12/2013 11/12/2013	11/12/2013 11/12/2013 11/12/2013 11/12/2013	11/12/2013 11/12/2013 11/12/2013 11/12/2013
8	11/12/2013 11/12/2013 11/12/2013 11/12/2013	11/12/2013 11/12/2013 11/12/2013 11/12/2013	11/12/2013 11/12/2013 11/12/2013 11/12/2013	11/12/2013 11/12/2013 11/12/2013 11/12/2013	11/12/2013 11/12/2013 11/12/2013 11/12/2013	11/12/2013 11/12/2013 11/12/2013 11/12/2013	11/12/2013 11/12/2013 11/12/2013 11/12/2013

QUESTA SCHEDA È UN DOCUMENTO DI PROPRIETÀ DELL'ISTITUTO ITALIANO DI IGIENE E SANITÀ PUBBLICA (ISSP) E NON DEVE ESSERE RIPRODOTTA, DISTRIBUITA, VENDUTA, O ALTRIMENTI UTILIZZATA SENZA IL CONSENSO SCRITTO DELL'ISSP.

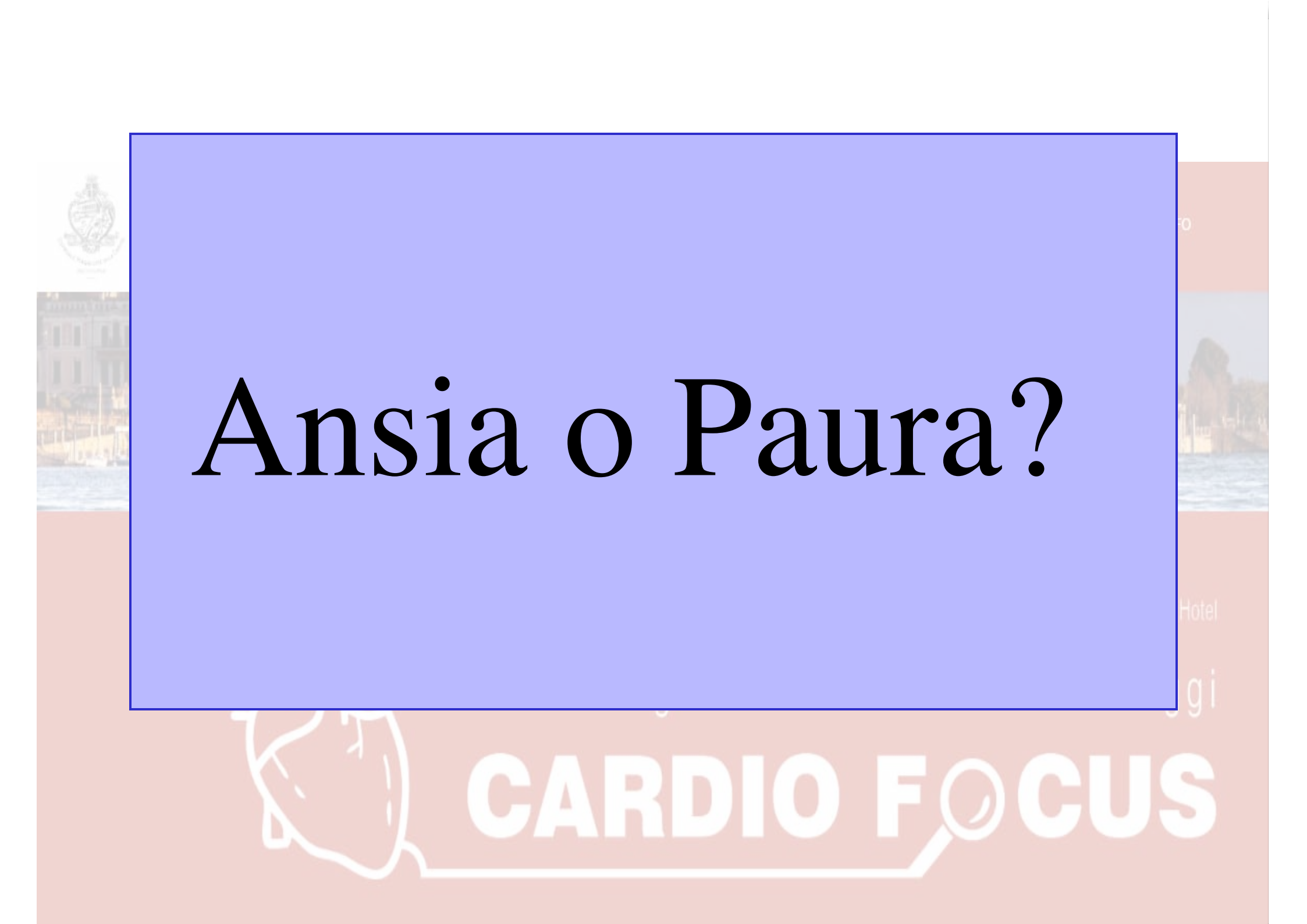
17 ARCHIVO INFO



017 - Regina Palace Hotel

ità di oggi

CUS

The background features a collage of images. On the left, there is a small crest or logo at the top, followed by a photograph of a historic building with a harbor in front. On the right, there is a photograph of a rocky coastline with a building. A large, solid purple rectangle with a thin blue border is centered on the page, containing the main title. At the bottom, there is a light red banner with a white line-art illustration of a heart and a magnifying glass, and the text 'CARDIO FOCUS' in white capital letters.

Ansia o Paura?

CARDIO FOCUS

Pauro: cosa fare?

- Illustrare, anche attraverso materiale cartaceo (card di reparto) l'organizzazione strutturale e funzionale del reparto, il percorso assistenziale, diagnostico e terapeutico
- Descrivere le fasi della procedura e le relative complicanze (in collaborazione con il medico)
- Fornire risposte precise e coerenti alle eventuali ulteriori domande

Ansia: cosa fare?

- Ø Accertare il livello di ansia (lieve, moderato, grave, panico)
- Ø Garantire rassicurazione e confort
- Ø Stare accanto alla persona
- Ø Atteggiamento empatico
- Ø Parlare in modo lento e tranquillo
- Ø Limitare le domande
- Ø Creare un ambiente tranquillo
- Ø Ascoltare
- Ø Quando l'ansia è ridotta, aumenta la capacità di apprendere
- Ø Incoraggiare l'uso di un diario
- Ø Medicina narrativa
- Ø Insegnare strategie: guardare in alto, controllo del respiro, fare esercizio fisico, darsi ordini (ad alta voce), abbassare le spalle, rallentare il pensiero, provare ad osservare la situazione a distanza, modificare la voce

Compromissione della mobilità e del sonno

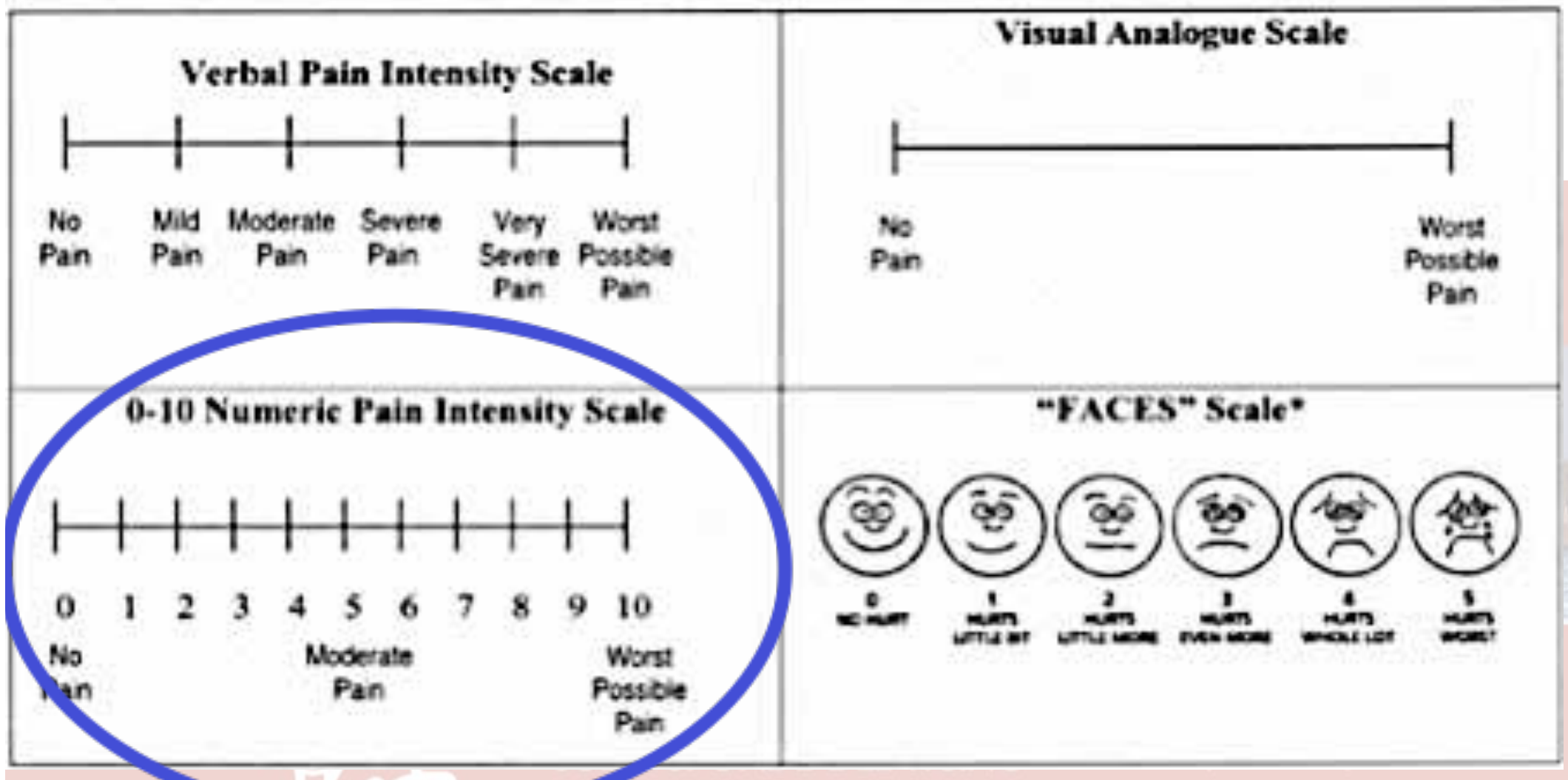


Dolore

Ø Se dolore intraprocedurale: il personale inf.co di sala rileva costantemente la presenza di dolore e insieme all'anestesista intraprende sedazione farmacologica

Ø Se dolore post-procedurale: il personale inf.co rileva il sintomo attraverso la scala NRS e segnala al medico per impostazione terapia antidolorifica

Ø PS: viene usato uno strumento validato e standardizzato



VAS (Visual analogue Scale) analogica visiva

NRS (Numeric Rating Scale) numerica

VRS (Verbal Rating Scale) verbale

Faces Scale



SULLE SPONDE DEL TICINO
SULLE SPONDE DEL TICINO
SULLE SPONDE DEL TICINO

Dolore (valutazione)

HOME

PROGRAMMA 2017

ARCHIVIO

INFO

Ø Valutare il dolore a tutte le persone a rischio per il dolore **almeno una volta al giorno...(5° parametro)**

Ø **Un approccio preventivo può ridurre il dosaggio totale nelle 24 ore** rispetto all'approccio al bisogno: infatti garantisce un livello ematico costante di farmaco e ne riduce il desiderio; riduce l'ansia di doverne chiedere altro e di aspettarne l'effetto

CARDIO FOCUS

RNAO www.rnao.org/bestpractices

Dolore

Il dolore deve essere rivalutato regolarmente a seconda del tipo e intensità del dolore e del piano di trattamento.

Il dolore deve essere rivalutato ad ogni nuovo episodio di dolore e con l'introduzione di nuove procedure, quando aumenta di intensità e quando il dolore non viene alleviato da una strategia precedentemente efficace.

Il dolore viene rivalutato dopo che l'intervento ha raggiunto l'effetto massimo (15-30 minuti dopo la terapia farmacologica parenterale, 1 ora dopo un analgesico a rilascio immediato, 4 ore dopo la somministrazione di analgesici a rilascio ritardato o l'applicazione di cerotto transdermico, 30 minuti dopo un intervento non farmacologico).

RNAO www.rnao.org/bestpractices.

Rischio di sanguinamento

- Ø Bilanciamento a fine procedura con Protamina in base alla quantità di Eparina somministrata
- Ø Valutazione ACT a fine procedura, ogni 30 min fino al valore ottimale (200 sec) per rimozione introduttori



2017 - Regina Palace Hotel

unità di oggi

CUS

Rischio di sanguinamento

Nell'immediato post-operatorio:

- Ø Valutazione dello stato di coscienza e degli accessi femorali reperiti (presenza di bendaggio compressivo inguinale con presenza/assenza di segni di sanguinamento);
- Ø Controllo dei polsi periferici;
- Ø Rilevazione dei parametri vitali (PAO, FC, SpO2);
- Ø Esecuzione di ECG a 12 derivazioni;
- Ø Monitoraggio con telemetria holter;



Rischio di sanguinamento

Ø Esecuzione di ecocardiogramma di controllo (per escludere la presenza di versamento pericardico)

Ø Infusione di Eparina EV secondo protocollo (S.F. 500cc + Eparina 25000 UI a 21 ml/h) e impostazione controllo coagulazione dopo 6 ore dall'inizio dell'infusione (se PTT in range terapeutico, non si effettuano ulteriori controlli della coagulazione)

Ø Educazione di paziente e familiari alla postura corretta/segnalazione precoce di eventuali sanguinamenti

Integrated AF management			
Patient involvement	Multidisciplinary teams	Technology tools	Access to all treatment options for AF
• Central role in care process • Patient education • Encouragement and empowerment for self-management • Advice and education on lifestyle and risk factor management • Shared decision making • Informed, involved, empowered patient	• Physicians (general physicians, cardiology and stroke AF specialists, surgeons) and allied health professionals work in a collaborative practice model • Efficient mix of communication skills, education, and experience • Working together in a multidisciplinary chronic AF care team	• Information on AF • Clinical decision support • Checklist and communication tools • Used by healthcare professionals and patients • Monitoring of therapy adherence and effectiveness • Navigation system to support decision making in treatment team	• Structured support for lifestyle changes • Anticoagulation • Rate control • Antiarrhythmic drugs • Catheter and surgical interventions (ablation, LAA occluder, AF surgery, etc.) • Complex management decisions underpinned by an AF Heart Team

AF = atrial fibrillation; LAA = left atrial appendage.

Figure 7 Fundamentals of integrated care in atrial fibrillation patients.

European Heart Journal Advance Access published August 27, 2016

Recommendations for patient involvement, education, and self-management

Recommendations	Class ^a	Level ^b	Ref ^c
Tailored patient education is recommended in all phases of AF management to support patients' perception of AF and to improve management.	I	C	1014, 1017
Patient involvement in the care process should be considered to encourage self-management and responsibility for lifestyle changes.	IIa	C	328, 1010
Shared decision making should be considered to ensure that care is based on the best available evidence and fits the needs, values and preferences of the patient.	IIa	C	747

AF = atrial fibrillation.

^aClass of recommendation.

^bLevel of evidence.

^cReference(s) supporting recommendations.

European Heart Journal Advance Access published August 27, 2016

ECG divino

Sabato
7 Febbraio
2015

Albergo dell'Agenzia
Via Fossano, 21 - POLLENZO - BRA (CN)

Si ringraziano

AstraZeneca

Biosense Webster

Boehringer Ingelheim

Grazie!



INFO

Palace Hotel

oggi

US